In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Dystocies osseuses

Dr. ZIANI

Introduction :

- Dystocies liées à une anomalie du bassin osseux maternel: anomalie de taille, forme ou inclinaison
- Peuvent siéger à tous les niveaux;
- Moins fréquentes et moins graves.
- La caractérisation de ces anomalies nécessitent la connaissance de critères anatomiques et morphologiques d'un bassin normal.

Classification des anomalies du bassin :

* Classification anatomique :

repose sur les rapports métriques des principaux diamètres du bassin

° *Au niveau du D.S :*

- Bassin asymétrique : inégalité de longueur des diamètres sacrocotyloïdiens (les obliques D et G), dont la différence est >1 cm

 . asymétrie légère: différence 1-2cm

 . asymétrie moyenne: différence 2-3 cm

 . asymétrie forte: différence >=3cm

 -De + en + rares.

 -L'origine traumatique est + frqte (bassin, rachis, membres inf).

(!) à l'état normal ; le G est légèrement > au D mais la différence est < 1 cm

- Bassins symétriques: Anomalies des diamètres antéro-post ou transversale

Si bassin rétréci dans le diamètre antéro-post

 => Bassin aplati

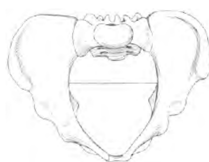
Si bassin rétréci dans le diamètre transversal

 => Bassin transversalement rétréci

Promonto-rétropubien (PRP) ≡ Ø antéro-post	Transverse médian (TM) ≡ Ø transversal	Particularités	Type
≤ 10,5	≥ 11,5	↙PRP	Bassin aplati pur
≥ 10,5	≤ 11,5	↙TM	Bassin transversalement rétréci
≤ 10,5	≤ 11,5	Réduction proportionnelle de PRP et de TM	Bassin généralement rétréci
		Réduction de PRP et de TM , avec ↙ de PRP prédominante	Bassin aplati et généralement rétréci
		Réduction de PRP et de TM , avec ↙de TM prédominante	Bassin transversalement et généralement rétréci



Bassin aplati (↙ PRP)



Bassin transversalement rétréci (↙ TM)

° *Au niveau de l'excavation:*

- Bassin étagé :

Des faux promontoires sacrés forment des rétrécissements étagés.

- Bassin canaliculé:

Sacrum convexe en avant, l'excavation est exiguë.

- Rétrécissement transversal au niveau du D.M.:

le diamètre bi sciatique <9,5 cm.

° *Au niveau du D.I :*

- Diminution du bi ischiatique < 9 cm
- Ogive pubienne refermée
- Coccyx recourbé en hameçon

* Classification pratique :

- Repose sur les diamètres radio pélvimétriques.
- 03 catégories de bassin : Normal - limite - chirurgical :

Bassin	PRP	TM	IM (indice de Magnin)	Bi-sciatique	Bi-ischiatique
Normal	> 10,5	> 11,5	> 22	> 9,5	> 9
Limite	< 10,5 > 8,5	< 11,5 > 9,5	< 22 > 20	< 9,5 > 8	< 9,5 > 8
Chirurgical	< 8,5	< 9,5	< 20	< 8	< 8

Diagnostic :

1.Pendant la grossesse:

* Clinique:

- *Interrogatoire:*

° Rechercher les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux évocateurs d'une anomalie du bassin.

- *Examen clinique:* effectué au 3ème trimestre.

° Inspection

° Examen du bassin:

>> Pelvimétrie externe:

 . Diamètre pré-pubien de trillat: distance joignant au niveau du bord supérieur du pubis les 2 plis inguinaux: (12-13 cm).

. Losange de Mickaelis

. Le diamètre bi-ischiatique

>> Pelvimétrie interne:

se fait par le toucher vaginal dit explorateur :

. Concavité sacrée palpée de bas en haut

. Le promontoire ne doit pas être accessible; si accessible mesure du promonto sous pubien

. Suivi ou non des lignes innominées

. Etudier l'arc antérieur du bassin

. Apprécier les parois latérales et post de l'excavation: « concavité sacrée et épines sciatiques »

. Mobilité de la pédale coccygienne

. Ogive pubienne

* Exploration radiologique:

- *Radiopelvimétrie conventionnelle*
- *Pelvimétrie par scanner*
- *Pelvimétrie par I.R.M*

2. En salle de travail:

la dystocie peut se traduire par des anomalies de toutes les phases du travail :

• 1ère phase du travail :

* statut obstétrical (+++):

la H.U, palper abdominal, T.V: (état du col, présentation, hauteur de la présentation, variété de position)

* Dynamique utérine: (fréquence, intensité et durée des C.U).

- Dystocie de démarrage
- Dilatation stationnaire
- Dilatation trainante

• 2ème phase du travail :

- Dystocie d'engagement.
- Dystocie dans la descente.

اللهم يا فتاح القلوب .. افتح قلبي لحبك .. واشرح صدري لعلمك ..
واجعلني لا أرى إلا بك .. ولا أسمع إلا منك .. وقربني بك لك .. لا أحصي ثناء عليك

Possibilités thérapeutiques :

- Césarienne programmée .
- Déclenchement artificiel du travail: très peu d'indications.
- Epreuve du travail .

1. Césarienne programmée:

* Dystocie osseuse majeure
* Bassin limite avec un autre facteur obstétrical associé:
- Présentation autre que le sommet
- Suspicion de macrosomie
- ANTCD de stérilité
- Primigeste âgée
- Pathologie intercurrente
* ANTCD d'accouchement difficile

2. Déclanchement prématuré du travail:

Peut être envisagé si l'anomalie pelvienne s 'avère mineure et compatible avec un accouchement par voie basse, en étant certain de l'âge gestationnel.

3. Epreuve du travail.

Conclusion :

* Bien que les DO majeures sont devenues de plus en plus rares, les DO mineures doivent être diagnostiquées et prises en charge à temps afin d'optimiser la prise en charge obstétricale.
* Leur reconnaissance passe par une bonne connaissance des différentes formes cliniques.